CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

INAN • NUMÉRO 120 • 1re SESSION • 42e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 3 octobre 2018

Présidente

L'honorable MaryAnn Mihychuk

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le mercredi 3 octobre 2018

● (1620)

[*Traduction*]

La présidente (L'hon. MaryAnn Mihychuk (Kildonan—St. Paul, Lib.)): Bienvenue à tous.

Je prie tous ceux que nous avons fait attendre de bien vouloir nous en excuser. Nous avions plusieurs votes à la Chambre qui nous ont empêchés d'être ici à l'heure prévue de 15 h 30. Je vous invite à vous joindre à nous à la table pour nous présenter vos témoignages.

Le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord procède actuellement à une étude sur les soins de longue durée dans les réserves. Il est toujours important pour nous de souligner que nous nous trouvons sur le territoire non cédé du peuple algonquin. Je viens moi-même des territoires visés par le traité 1 et des terres ancestrales du peuple métis dans ma circonscription de Kildonan—St. Paul.

Merci beaucoup d'être des nôtres aujourd'hui.

Nous recevons trois groupes de témoins. Par vidéoconférence, nous accueillons des gens de la bande Okanagan sur l'écran de droite et des représentants de l'Alberta sur celui de gauche. Nous avons également un groupe ici présent.

Chaque groupe a droit à 10 minutes pour ses observations préliminaires, après quoi les députés poseront leurs questions pendant le reste de l'heure prévue. Je vous prie de garder cette contrainte à l'esprit, car je ne veux pas avoir à vous interrompre au beau milieu d'une réflexion.

Chef Garnet Woodhouse, bienvenue. *Meegwetch.*

Nous sommes très honorés de vous accueillir. Voulez-vous partir le bal?

Chef Garnet Woodhouse (Chef, Première nation de Pinaymootang): Bonjour.

Je suis le chef Woodhouse de la Première nation de Pinaymootang à Fairford (Manitoba). Je suis accompagné de Gwen Traverse, notre directrice de la santé. C'est elle qui va vous exposer nos recommandations pour notre communauté.

Je vous remercie encore une fois de nous donner l'occasion de le faire.

Gwen.

Mme Gwen Traverse (directrice de la santé, Première nation de Pinaymootang): C'est un honneur et un privilège pour nous d'être ici aujourd'hui pour présenter au comité permanent notre point de vue sur la question des soins de longue durée dans les réserves.

Je m'appelle Gwen Traverse et je suis directrice de la santé pour la Première Nation de Pinaymootang qui vit dans la région d'Interlake au Manitoba. Voilà maintenant près de 12 ans que j'occupe ce poste de directrice de la santé. Avant cela, j'avais quitté ma communauté pendant 17 ans pour faire des études et acquérir de l'expérience de travail.

Lorsque j'ai été embauchée pour m'occuper de la santé à mon retour, j'ai notamment pu constater d'entrée de jeu tout le retard accumulé par notre Première Nation en matière de soins de santé. J'ai aussi noté à quel point les questions de compétence avaient pu créer de la disparité quant aux soins de santé offerts dans les différentes Premières Nations. Je suis maintenant à même d'observer l'effet positif des approches communautaires mises de l'avant dans notre collectivité pour que chacun puisse avoir accès à des services plus près de chez lui.

Pinaymootang est une communauté des plus dynamique, surtout en matière de santé. Nous comptons au total 1 700 résidents sur la réserve. Notre centre de santé est accrédité par Agrément Canada. Nous bénéficions actuellement d'une entente quinquennale de transfert de financement en bloc. La première entente du genre a été conclue en 1998. Nous offrons toute une gamme de services de santé et de mieux-être aussi bien aux membres de notre communauté qu'à ceux des collectivités avoisinantes. Nous voudrions exploiter un établissement de soins de longue durée sur la réserve de manière à pouvoir répondre aux besoins des gens de notre Première Nation en matière de soins primaires et de soins de longue durée. Nos membres pourront ainsi être pris en charge dans un emplacement pratique pour leurs proches en bénéficiant de soins offerts d'une manière adaptée à leur culture et respectueuse de celle-ci.

Les services de santé de Pinaymootang ne disposent pas actuellement d'une installation de soins de longue durée sur la réserve, mais offrent tout un éventail de soins afin de répondre aux différents besoins généraux, médicaux et sociaux de ceux qui ne sont pas autonomes ou qui sont en perte d'autonomie.

En 2011, des inondations ont dévasté la Première Nation de Pinaymootang en même temps que trois communautés avoisinantes des Premières Nations, soit celles de Little Saskatchewan, Dauphin River et Lake St. Martin. Un peu comme ce fut le cas avec les effets résiduels des pensionnats, nos membres qui ont été déplacés ont dû composer avec de nombreuses répercussions néfastes sur les plans physique, émotif, mental et spirituel. Après sept longues années, nous observons maintenant un lent mouvement de rapatriement.

À la fin de 2017, les représentants de notre Première Nation ont rencontré ceux du gouvernement provincial pour discuter des priorités relatives à ce rapatriement et des impacts sur les soins de longue durée. La Première Nation a alors pris l'initiative d'élaborer un plan détaillé sur la qualité des services de santé en misant sur la contribution des autres Premières Nations de la région d'Interlake de telle sorte que les points de vue de tous soient pris en compte pour cerner les dossiers prioritaires en matière de soins de santé. Nous avons formulé des recommandations et nous attendons toujours que des mesures soient prises pour y donner suite.

Ce rapatriement a dû se faire en tenant compte de la transformation en profondeur des services offerts dans la région d'Interlake. Il a notamment été recommandé d'offrir des services adaptés à la culture et respectueux de celle-ci; d'assurer la rétention des fournisseurs de soins de santé; de faciliter l'accès à des services complets de traitement en santé mentale et en toxicomanie; d'améliorer l'accès aux soins d'urgence; d'élargir la portée et le mandat des centres de santé des Premières Nations; et de faciliter l'accès aux services de dialyse.

Il fut une époque où les services de dialyse fonctionnaient à pleine capacité dans notre région. L'effet combiné des inondations et des coupures budgétaires provinciales fait toutefois en sorte que bien des gens doivent désormais parcourir une plus grande distance pour avoir accès à la dialyse, ce qui représente un fardeau financier pour nos Premières Nations.

Nous nous heurtons à de nombreuses difficultés dans nos efforts pour offrir des soins de longue durée. Dans le cadre du programme de soins à domicile et dans la communauté, une composante de soins palliatifs est maintenant financée et en cours de développement dans notre région. Les différentes communautés offrent des soins palliatifs en mettant à contribution des capacités limitées. Les services de répit sont peu accessibles dans les réserves en raison d'une pénurie de ressources humaines, de l'absence d'établissements pouvant répondre à ce besoin, et des disparités de financement par rapport au système provincial, ce qui oblige des familles aux ressources restreintes à assumer le fardeau financier des soins.

Il y a à proximité de notre communauté des établissements de soins non autochtones où la province impose bien souvent la politique du premier lit disponible, si bien que nos patients des Premières Nations peuvent se retrouver dans un établissement encore plus éloigné de leur communauté et de leur famille.

● (1625)

Offert dans le cadre des Programmes de santé des Premières Nations et des Inuits, ou PSPNI, le programme de soins à domicile et dans la communauté a été conçu pour répondre aux besoins de soins infirmiers à court terme. Il sert toutefois maintenant davantage à la gestion des soins chroniques pour des maladies comme le diabète, le cancer et les problèmes cardiovasculaires.

La comorbidité est aussi un phénomène fréquent au sein des Premières Nations. Il est très courant qu'une même personne souffre de plusieurs maladies concomitantes. Par exemple, une personne peut cumuler diabète, dépression, troubles mentaux et problèmes cardiovasculaires. Nous reconnaissons en outre que les membres de notre population sont touchés par les maladies à un plus jeune âge.

Au cours des derniers mois, la Première Nation de Pinaymootang a travaillé en partenariat avec une firme de santé privée pour offrir les services d'un médecin dans la communauté. Depuis le début de l'exercice financier, nous estimons à plus de 800 le nombre de patients qui ont ainsi pu être vus par un médecin, et ce nombre ne cesse de croître à un point tel que nos capacités humaines ne seront bientôt plus suffisantes.

Le centre de santé de Pinaymootang offre davantage de soins primaires que ce qui était prévu au départ. Nous recommandons que les centres de santé soient évalués en fonction des services de soins primaires qu'ils offrent. Nos services sont équivalents à ceux d'un dispensaire, alors que nous sommes conçus et financés pour être un centre de santé.

Nous nous acquittons d'une obligation envers les Premières Nations de notre région en leur donnant accès à des services plus près de leur domicile. À Pinaymootang, nous sommes également des chefs de file quant à l'application du principe de Jordan pour la région du Manitoba. Avant le financement annoncé spécifiquement à cette fin, notre soutien financier provenait du Fonds d'intégration des services de santé à titre de projet pilote.

La Première Nation de Pinaymootang a par ailleurs mis sur pied un programme communautaire d'aide aux enfants handicapés et à leur famille. Ce programme qui répond bien aux besoins de la population visée a été reconnu comme un modèle à suivre par l'Association canadienne de soins et services à domicile. Nous avons conçu en l'espace de 10 semaines un guide pratique pour aider les autres Premières Nations de la région du Manitoba à concevoir et mettre en oeuvre leurs propres programmes en application du principe de Jordan. Nous avons offert des services de coordination à la moitié des Premières Nations du Manitoba ainsi qu'à d'autres ailleurs au pays.

L'Université McGill a en outre lancé en juillet 2017 des projets de recherche sur les difficultés d'accès aux services pour les membres de nos Premières Nations. Nous observons encore des lacunes qui font obstacle à la qualité des services, comme le manque de fonds pour faciliter les soins et le processus de transition à l'âge adulte. Pour les enfants bénéficiant de l'application du principe de Jordan, on voudrait bien qu'il y ait transition vers les soins à domicile et dans la communauté au moment du passage à l'âge adulte. Ces attentes sont toutefois irréalistes compte tenu des capacités en ressources humaines des Premières Nations et des besoins complexes de ceux parmi cette clientèle qui doivent compter sur un soutien à long terme.

Bien des familles tiennent à prendre soin elles-mêmes de leurs proches, ce qui montre bien que ces initiatives devraient être d'inspiration locale et que l'expertise ainsi acquise devait être reconnue au sein des communautés des Premières Nations.

En terminant, je dois vous dire que nous avons vraiment mis les bouchées doubles pour améliorer notre système de santé et relever les défis auxquels nous sommes confrontés dans nos efforts pour restaurer la dignité et la fierté qui ont été perdues. Nous prévoyons un accroissement des besoins et de la demande de service, et nous avons l'obligation de faire le nécessaire pour que l'on s'occupe bien des plus vulnérables.

Meegwetch.

● (1630)

La présidente: *Meegwetch.*

Nos prochains témoins vont nous parler depuis Calgary en Alberta. Il s'agit des représentants de la Première Nation Piikani.

Vous avez la parole pour les 10 prochaines minutes.

Bienvenue.

M. Keith Grier (président, Santé, Aakom Kiyii Health Services): Bonjour à tous et merci de nous donner l'occasion de comparaître devant le Comité permanent des affaires autochtones et du Nord pour vous présenter cet exposé.

Permettez-moi d'abord de me présenter. Je suis le conseiller Keith Grier, président du comité consultatif des services de santé Aakom Kiyii. Je suis accompagné de notre directeur de la santé, Dustin Wolfe, à ma gauche, ainsi que d'un membre du conseil et du comité consultatif, Troy Knowlton, à ma droite.

Au nom de notre chef et de notre conseil, des services de santé Aakom Kiyii, des membres de la Première Nation Piikani et de nos aînés, je tiens à vous remercier de l'occasion que vous nous offrez aujourd'hui. C'est un grand privilège et tout un honneur de pouvoir soumettre à votre comité notre proposition d'établissement de soins de longue durée pour les aînés.

J'aimerais d'abord vous donner quelques renseignements au sujet de notre communauté et de sa situation géographique. La nation Piikani est fière de faire partie de la Confédération des Pieds-Noirs et des signataires du Traité 7 qui regroupe quatre nations. La nation des Pieds-Noirs vit au Montana, aux États-Unis. Les trois autres tribus soeurs, les Kainai, les Siksiska et nous, les Piikani, vivons dans le sud de l'Alberta. Nous sommes au total quelque 45 000 membres de la Confédération des Pieds-Noirs.

De concert avec toutes les autres nations que je viens de mentionner, les Piikani ont entamé un processus de revalorisation et de préservation de la langue des Pieds-Noirs, et de mise en pratique des valeurs et des normes traditionnelles et spirituelles conformes aux coutumes des Pieds-Noirs.

La nation Piikani compte environ 3 700 membres inscrits dont 2 500 vivent sur la réserve. Celle-ci est située dans le sud de l'Alberta, à l'ouest de Fort Macleod et à l'est de Pincher Creek.

La nation Piikani est une communauté en pleine croissance qui est fière et productive. Nous avons un large éventail de besoins en matière de santé. Les services de santé Aakom Kiyii sont là pour répondre à ces besoins et le font depuis de nombreuses années maintenant grâce à des ententes de contribution avec le gouvernement fédéral.

Compte tenu de la croissance rapide de notre population avec ses jeunes familles, ses jeunes et ses aînés aux prises avec des taux croissants de multimorbidité, notre nation veut agir de façon proactive en se tournant vers l'avenir en matière de soins de santé. Dans le contexte de ces tendances démographiques, notre nation veut continuer à planifier un avenir meilleur pour ses aînés en mettant sur pied un établissement de soins de longue durée accrédité dans la réserve. La nation Piikani souhaite donc construire dans la réserve même un centre de santé de 40 lits pour les aînés de la communauté qui demeureront ainsi à proximité de leurs proches et de leur territoire traditionnel.

La nation Piikani veut également concevoir et offrir un programme de soins continus axé sur les besoins particuliers des Piikani tout en satisfaisant aux normes établies par les Services de santé de l'Alberta ou AHS. Nous allons intégrer à ce programme la langue et les pratiques traditionnelles des Pieds-Noirs; employer des membres de la nation Piikani; mobiliser d'autres ministères et programmes au sein de la communauté; conclure une entente à long terme avec AHS, et, nous l'espérons, conclure une entente tripartite entre les gouvernements fédéral, provincial et celui de la nation Piikani.

Les services de santé Aakom Kiyii offrent actuellement toute une gamme de services de prévention et de soins primaires, à domicile et dans la communauté. Comme nous le savons tous, nos aînés ont toutefois besoin de soins de soutien, de longue durée, de répit et de rétablissement, ainsi que de soins palliatifs.

Nous n'avons pas actuellement d'établissement semblable sur la réserve, et ceux qui ont besoin de ces services doivent se rendre aux établissements financés par AHS à Lethbridge, Fort Macleod et Pincher Creek. Malheureusement, les membres de notre nation se retrouvent ainsi séparés de leurs proches, de leur territoire traditionnel et des praticiens qui connaissent bien la langue, les traditions et les coutumes des Pieds-Noirs.

Nous sommes à l'ère de la confiance et de la réconciliation entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les Premières Nations de tout le Canada. Il faut comprendre que bon nombre de nos problèmes de santé sont directement attribuables au stress extrême que nous vivons et aux mauvaises conditions socioéconomiques qui sévissent dans nos communautés, une situation qui a des répercussions négatives à long terme sur plusieurs membres des Premières Nations. La nation Piikani ne fait pas exception.

● (1635)

Ce stress extrême dont je parle fait suite aux mauvaises politiques mises en oeuvre par le gouvernement fédéral à l'époque des pensionnats, un épisode tristement célèbre pour les Premières Nations de tout le pays. Comme vous le savez tous, pendant pas moins de 140 ans, des enfants ont été, en toute légalité, éloignés de force de leur mode de vie, de leurs parents, de tous ceux qu'ils aimaient et de tous ce qu'ils connaissaient pour être intégrés à une vision du monde eurocentrique.

Le Conseil canadien de la santé indiquait en outre dans son rapport que les effets durables des pensionnats indiens avaient été décrits comme une forme de stress post-traumatique. De nombreux aînés des Premières Nations attendent d'être gravement malades avant de consulter un professionnel de la santé de crainte que son diagnostic ne les oblige à quitter leur communauté sans jamais pouvoir revenir à la maison.

L'établissement de soins continus proposé par la nation Piikani permettrait aux aînés d'être pris en charge par des professionnels compétents et de confiance qui auraient été formés localement. Ils seraient ainsi plus à l'aise pour parler de leurs problèmes de santé sans craindre des conséquences néfastes. Dans le cadre du plan de transformation de la santé des Premières Nations, le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les Premières Nations elles-mêmes ont jugé prioritaire de combler les lacunes qui minent les résultats en matière de santé pour les communautés des Premières Nations.

Je crois qu'un établissement de soins pour aînés nous aidera à corriger ces lacunes en offrant à nos aînés un environnement sûr et adapté à leur culture pour vieillir en obtenant de meilleurs soins de santé et en bénéficiant d'un cadre plus familier pour ce qui est de la culture, de la langue et de la présence de leurs proches. Chaque patient pourra dès lors vivre une expérience plus enrichissante. Nous disposerons ainsi d'un espace d'apprentissage où les professionnels de la santé Piikani, les chercheurs et les responsables d'AHS pourront mettre en commun leurs idées, élaborer des nouvelles approches et mettre à l'essai des pratiques novatrices pour d'autres communautés autochtones. Les jeunes de la nation Piikani seront pour leur part exposés à diverses possibilités de carrière dans le secteur de la santé. Ce sera également l'occasion pour les aînés de leur transmettre la langue, la culture et les traditions avant qu'il ne soit trop tard, en plus de permettre aux proches de visiter les malades plus fréquemment.

L'établissement proposé servira de tremplin pour rectifier le tir quant aux statistiques inacceptables que nous avons mises en lumière en permettant à notre Première Nation de prendre en charge la santé des aînés au sein de la communauté et d'agir dans le sens des priorités qu'elle a elle-même établies.

La nation Piikani devra se conformer aux normes et aux exigences obligatoires qui régissent les services d'hébergement et de santé dans les établissements de soins de longue durée. Ces exigences sont en place pour veiller à ce que les services d'hébergement demeurent à la hauteur (préparation des repas, entretien de l'édifice, sécurité et ménage), ce qui assure aux patients un milieu de vie sain, sécuritaire et de meilleure qualité. Nous allons travailler en consultation constante avec les Services de santé de l'Alberta pour veiller au maintien de soins et de services de qualité, et déterminer les mesures de dotation à prendre pour que l'établissement puisse compter sur tout le personnel de santé et de soutien dont il a besoin.

À la page 25 de l'étude de faisabilité que nous vous avons transmise, vous noterez que les frais de fonctionnement d'un établissement de 40 lits ont été estimés à la lumière de ceux effectivement engagés pour un établissement semblable en Ontario, d'après les chiffres obtenus par Meyers Norris Penny, un de nos partenaires. Les coûts de fonctionnement d'un tel établissement centralisé se chiffrent à 617 253 $ par année.

Nous avons considéré les investissements à consentir pour la construction de l'établissement proposé. L'aménagement du site choisi et la construction à proprement parler exigeraient des investissements considérables, ce qui n'est pas une surprise pour nous. Nous estimons toutefois que l'ampleur de ces investissements est tout à fait justifiable compte tenu des tendances démographiques actuelles et des problèmes de santé qui affectent nos aînés. Les coûts de construction seront déterminés une fois que l'on obtiendra les dessins définitifs, que les travaux d'aménagement seront réglés et que les entreprises de construction seront choisies. Dans le tableau fourni à la page 24 de notre étude de faisabilité, on indique des coûts totaux qui atteindraient 11 419 002 $.

Nous avons travaillé en partenariat avec la Good Samaritan Society. Nous avons fait de même avec AHS (les Services de santé de l'Alberta) ainsi qu'avec Meyers Norris Penny.

● (1640)

En terminant, la nation Piikani, de concert avec les services de santé Aakom Kiyii et nos partenaires, s'est engagée à mettre en place un établissement de 40 lits où nos aînés pourront vivre une meilleure expérience de soins dans le respect des coutumes des Pieds-Noirs.

Je veux remercier le Comité permanent d'avoir prêté une oreille attentive à nos observations et d'avoir pris connaissance de notre étude de faisabilité. Merci pour le temps que vous nous consacrez.

La présidente: Merci.

Je veux seulement souligner que nous avons bel et bien reçu l'étude en question, mais qu'elle est en cours de traduction. Elle sera distribuée une fois la traduction terminée.

Nos derniers témoins nous viennent de la Colombie-Britannique. Ils représentent la Bande indienne Okanagan.

Vous avez également droit à 10 minutes pour votre exposé. Merci encore une fois d'être des nôtres. À vous la parole.

M. Allan Louis (conseillier, Santé, Bande indienne Okanagan): Merci, madame la présidente.

Merci de votre invitation à participer à cette discussion. Avant de commencer, je ferai rapidement les présentations. Gareth Jones est le directeur des services communautaires, tandis qu'April Coulson est la gestionnaire des soins à domicile. Nous ferons trois exposés de longueur égale.

Un mot sur qui nous sommes. La bande indienne d'Okanagan vit à Vernon, en Colombie-Britannique. Elle appartient à la nation des Okanagans, qui compte sept bandes. Toutes vivent dans la vallée de l'Okanagan, principalement dans la région de Penticton, de Kelowna et de Vernon. Notre nation compte 5 500 âmes. Le chef de notre communauté est Byron Louis; son grand chef, Stewart Philipp.

Comme nous disposons de peu de temps, je vais droit au but.

Parmi les 2 100 membres de notre bande, 428, le quart, sont âgés de 50 à 64 ans. Dans cinq ans, il nous sera difficile de prendre soin du quart de notre population, qui aura à peu près plus de 65 ans. Nous en serons incapables si le financement de notre programme ne change pas.

Notre bande ne possède pas d'établissement de soins de longue durée. Notre programme de services de santé offre des soins à domicile. Les programmes de soins à domicile ne sont ni structurés ni financés pour la longue durée. Les soins souffrent donc d'interruptions. Nos programmes ont besoin d'évaluations régulières et obligatoires de leur admissibilité.

Les clients des deux programmes doivent être des Indiens inscrits vivant dans une réserve. Cette condition éprouve particulièrement ceux qui n'ont pas les moyens de vivre dans notre communauté. La pénurie de logements est l'un des grands empêchements pour faire partie de notre communauté.

Les deux programmes sont assujettis à des critères et à un financement limité de prestations de soins à une clientèle qui a besoin de beaucoup de soutien, ce qui se traduit par des demandes anticipées de placement en établissement de soins de longue durée.

● (1645)

M. Gareth Jones (directeur, Services communautaires, Bande indienne Okanagan): Parlons de notre programme de soins à domicile pour les patients adultes. Financé par Services aux Autochtones Canada, il aide nos préposés aux soins à domicile qui travaillent principalement, dans le cadre de ce programme, à faire le ménage, à préparer des repas, à transporter les patients pour les faire participer à des activités sociales et à leur tenir compagnie. Ces activités favorisent manifestement l'indépendance, dans la communauté, de beaucoup de nos clients et de nos membres.

C'est dans ce programme que s'insère notre programme de soins communautaires et de soins à domicile, nécessaires au soutien des membres de la famille et, en même temps, à l'obtention, aussi, de ce soutien. Notre équipe de six comprend une infirmière, un gestionnaire et quatre aidants à domicile. Ensemble, ils pourvoient au fonctionnement quotidien des services de santé, en comptant sur l'aide de deux aidants supplémentaires, disponibles sur appel, pour venir à la rescousse d'autres membres empêchés.

L'objectif des services de soins à domicile est de maintenir l'indépendance physique de notre clientèle, sa sécurité et son maintien à domicile aussi longtemps que possible. Le programme des soins communautaires et à domicile est financé par l'entremise de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique.

L'équipe permet à la clientèle de continuer à vivre chez elle, même celle qui éprouve des problèmes de santé complexes. À cette clientèle qui lui pose un défi supplémentaire, l'équipe est en mesure de fournir des soins personnels, une surveillance médicale, de l'aide pour se nourrir et s'habiller ainsi que des soins thérapeutiques, notamment des exercices pour réduire l'incidence des chutes et de menues réparations et travaux de gestion à domicile pour y éliminer les risques. Nous fournissons aussi un service de transport pour les rendez-vous chez le médecin.

Notre programme de services de santé soutient par d'autres moyens notre clientèle et la population âgée. Cette clientèle fréquente la clinique de notre bande pour y recevoir des soins des pieds, prendre un bain et se prévaloir d'un programme de jour sans rendez-vous. Nous soignons aussi les blessures, faisons des évaluations pour les soins infirmiers, dirigeons des patients vers ces soins et offrons des examens mensuels de la médication. Nous aidons aussi à planifier les sorties d'hôpital, les soins de relève, le soutien au moyen d'instruments médicaux et des mesures d'hygiène. Mais ces services ne sont donnés que par quelques personnes et, visiblement, la difficulté s'aggrave à mesure que la clientèle du programme de soins à domicile augmente.

Actuellement, en 2018, nos soignants communautaires ont vu environ 145 membres de notre communauté qui ont demandé l'aide et l'assistance de nos services de soins de santé par l'entremise du programme de soins communautaires. Parmi eux, 27 sont inscrits dans notre programme de soins à domicile pour patients adultes, 24 le sont dans notre programme de soins communautaires et à domicile, tandis que 63 autres reçoivent régulièrement des soins à domicile, des soins infirmiers adaptés aux blessures, des évaluations physiques, des traitements et des injections intraveineuses.

M. Allan Louis: Parlons aussi des difficultés qu'entraînent les besoins en soins de longue durée dans la réserve. Même si notre programme de services de santé appuie les personnes encore capables de vivre chez elles, il ne peut pas répondre à la demande quand les besoins en soins excèdent ses capacités — par exemple la clientèle qui a continuellement besoin de soins, de surveillance et d'aide au quotidien.

Souvent, alors, on recommande pour elle le placement en établissement de soins de longue durée. Mais on manque d'établissements culturellement adaptés dans la région. Les longues listes d'attente pour admission dans les établissements communautaires sont souvent difficiles à organiser par le financement de Services aux Autochtones Canada. Les clients sont obligés d'accepter le premier placement offert, sous peine de voir leur nom retourner à la fin de la liste.

L'autre difficulté importante provient du transport. Nous vivons à l'extérieur de la ville de Vernon: certains des nôtres à 16 kilomètres de distance, mais d'autres à 40, ce qui complique parfois l'organisation des déplacements et en majore les coûts. Les ministères de la santé ou du développement social nous fournissent des véhicules, mais ils deviennent vétustes, et nous n'avons pas de financement pour les remplacer. Des membres de notre personnel se servent aussi de leur propre véhicule, qu'ils peinent à entretenir avec la rémunération qui leur est versée et les dépenses qui leur sont remboursées par l'Autorité sanitaire des Premières Nations.

Un autre problème est la formation et l'éducation. L'éducation a fait de grands progrès. Nous sommes fiers de notre patrimoine et de notre culture. Nous collaborons avec le secteur scolaire local. Notre langue est enseignée dans le secteur 22. Nous avons des difficultés à obtenir du financement pour la formation des premiers intervenants: praticiens de la santé, médecins et même aidants. Nous obtenons du financement pour la rendre possible, mais nous éprouvons des difficultés à retenir dans notre propre communauté nos membres, que débauchent des organismes de l'extérieur comme Interior Health, l'Autorité sanitaire des Premières Nations et le secteur privé, faute, pour nous, d'offrir d'aussi bons salaires qu'eux.

Quant à la sécurité domestique, les membres de notre communauté ont souvent besoin d'aides à la mobilité qui augmentent leur sécurité mais qui ne sont pas remboursés par l'Autorité sanitaire des Premières Nations, par exemple les rampes pour fauteuils roulants, les bars d'appui, les coquilles protectrices de la hanche et les monte-escaliers. Il est difficile d'en obtenir le financement. Il y a pénurie de financement pour les suppléments nutritifs et les vitamines qui influent sur la santé et la force de nos clients.

Beaucoup de nos maisons ont besoin de réparations, nécessaires pour prévenir les chutes et assurer la sécurité des employés et des clients. Cependant, les possibilités de financement sont limitées, et les membres de la communauté sont encore une fois laissés à se morfondre pendant des mois, le temps de faire approuver les rénovations et de combler les lacunes. Beaucoup de nos maisons ont au moins un étage au-dessus du rez-de-chaussée. À leur construction, nous n'avons pas tenu compte du vieillissement de beaucoup de nos baby-boomers. Désormais ils ont besoin de toilettes et de chambres sur des niveaux différents de ceux des principales aires communes.

● (1650)

La présidente: Je vous entends.

Essayons de conclure.

M. Allan Louis: À vous de terminer, April.

Mme April Coulson (infirmière, Soins à domicile et en milieu communautaire, Bande indienne Okanagan): Si notre bande possédait un établissement de soins de longue durée, elle pourrait combler beaucoup de lacunes dénoncées, et cet établissement favoriserait aussi la continuité des soins. L'accès à des soins de longue durée culturellement adaptés est très limité, parce qu'ils se donnent à 64 kilomètres de distance. Une telle distance sème beaucoup d'obstacles pour le transport et le maintien des liens entre notre bande et ses vieux membres.

À noter aussi qu'un tel établissement de première nation à cet endroit est étranger à la culture de la bande. Il manque un lien culturel. Le retrait de sa propre communauté peut être très traumatisant et il peut rappeler, en les symbolisant, les éloignements vécus dans l'enfance.

La présidente: Merci.

Je remercie tous ceux qui ont fait un exposé. Je sais que 10 minutes, c'est vite passé et que vous avez beaucoup à nous dire. Je suis sensible au fait que vous essayez d'en dire tellement en si peu de temps.

M. Robillard entame la période de questions.

[*Français*]

M. Yves Robillard (Marc-Aurèle-Fortin, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je vous remercie de vos témoignages.

Mes premières questions s'adressent au chef Garnet Woodhouse et à Mme Gwen Traverse.

Dans un rapport de constats et de recommandations intitulé « Honouring Jordan's Principle », vous avez compilé les défis concernant les services aux enfants de votre communauté.

Quelle recommandation relative au principe de Jordan pourriez-vous faire pour ce qui est des soins de longue durée offerts dans votre communauté?

● (1655)

[*Traduction*]

Mme Gwen Traverse: Je suis vraiment heureuse que Pinaymootang ait été la première à avoir voulu faire respecter le principe de Jordan au Manitoba et à dénoncer certaines des lacunes qu'ont affrontées nos familles dans les services.

En ce qui concerne les soins à long terme, l'une des recommandations que je ferais vise la vétusté. Actuellement, on craint que celle des équipements mis à la disposition de nos enfants ainsi handicapés n'en fasse, encore une fois, des victimes des lacunes, après leur transition dans le programme de soins à domicile. Actuellement, le programme de soins communautaires et à domicile ne se prête pas à leur simple transition dans ce programme, parce que les ressources de notre communauté sont trop limitées pour autoriser la prestation des soins, particulièrement à ceux dont les besoins sont complexes.

Grâce au principe de Jordan... bien sûr, nous avons été des pionniers. L'un des principaux enjeux était aussi le capital qui permettrait la prestation assurée de soins et de services meilleurs dans notre région. Pourtant, malgré l'agrandissement de nos établissements de santé, ce n'était tout simplement pas suffisant.

Cependant, le dossier évolue. Les vécus familiaux... Nous participons aussi à l'un des trois programmes retenus pour une évaluation, à l'échelle nationale. Je pense que nous avons justifié la nécessité de poursuivre le programme. Je voudrais voir la prestation de plus de services d'ergothérapie dans les communautés de nos Premières Nations, parce qu'elle n'en reçoivent tout simplement pas. L'aspect santé mentale de ce dossier prend beaucoup de place.

[*Français*]

M. Yves Robillard: Mise à part la construction d'établissements dans les réserves, quelles mesures pourraient faciliter l'accès aux soins de longue durée aux membres de votre communauté?

[*Traduction*]

Mme Gwen Traverse: À lui seul, un établissement aiderait à maximiser les services, grâce au principe de Jordan. En réalité, le financement accordé récemment est allé aux Premières Nations. C'était comme si on leur avait dit: « Voici votre financement. Tirez-en parti ». Les communautés de nos Premières Nations souffrent d'une pénurie d'établissements, et c'était l'une des principales lacunes et des principales difficultés que nous avons affrontés.

Dans notre nation, nous avons trouvé, grâce à l'expansion, deux chambres dans notre établissement de santé pour accueillir six personnes, qui font partie du programme du principe de Jordan.

[*Français*]

M. Yves Robillard: Je vous remercie.

[*Traduction*]

J'ai une question pour les témoins en contact par vidéoconférence.

La présidente: Allez-y.

[*Français*]

M. Yves Robillard: Ma prochaine question s'adresse à MM. Lowell Yellow Horn et Troy Knowlton.

Votre communauté dispose d'un groupe de personnes âgées appelé Peigan Crowlodge Elder Society, qui fournit divers programmes et activités favorisant le bien-être mental et social des aînés de la nation piikanie.

Pourriez-vous nous parler davantage de leurs services, mais aussi des défis auxquels ils font face, sachant que votre communauté ne dispose pas d'établissement de soins de longue durée?

● (1700)

[*Traduction*]

M. Troy Knowlton (membre du conseil, Première nation Piikani): Je m'appelle Troy Knowlton. La Société des aînés du pavillon du Corbeau est un groupe de personnes robustes, désireuses de participer à des activités dans la réserve et à des activités organisées par le centre. Elle coordonne des initiatives de financement pour elle-même et pour d'autres groupes spéciaux de la réserve ayant des intérêts culturels, scolaires ou sportifs.

Pour l'organisation de certaines de leurs activités de bienfaisance, ses membres se réunissent hebdomadairement. Ils élaborent un calendrier pour le mois à venir des activités auxquelles ils participeront. Ils en organisent le financement et ils visitent divers endroits du territoire traditionnel des Pieds-Noirs, pour l'avancement du peuple pied-noir, en reconnaissance de son territoire.

Comme je l'ai dit, la plupart de ces personnes sont robustes. Elles avancent en âge. Je pense que notre aîné a 92 ans. C'est un groupe social. Il dispose d'infirmières et d'aidants qui viennent prendre leurs signes vitaux, pendant ces activités pour les aider à reconnaître les éventuels problèmes. Ses membres s'appuient aussi mutuellement dans la recherche d'un mieux-être à domicile, de soins à domicile convenables et de la présence de quelqu'un sur place pour prendre soin d'eux.

Ils sont peu nombreux par rapport au nombre total de personnes âgées, parce qu'il faut vouloir en faire partie, et nous comptons beaucoup de personnes âgées qui n'ont plus la résistance pour se déplacer pour participer à ces activités. C'est un groupe très centralisé de personnes âgées dont les anecdotes et la sagesse circulent journellement dans nos écoles, nos garderies et ainsi de suite.

La présidente: Très bien. Merci.

Entendons les questions du député Viersen.

M. Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC): Merci, madame la présidente. Je remercie aussi nos invités.

Messieurs d'Osoyoos, vous avez dit que vous possédez votre propre autorité sanitaire. Pourriez-vous en dire plus et expliquer ce qui en découle? Comment s'insèrent les soins de longue durée sous cette autorité?

M. Allan Louis: Osoyoos est l'une de nos communautés, dans notre nation. En fait, nous sommes de Vernon.

M. Arnold Viersen: Oh, d'Okanagan. Je suis désolé.

M. Allan Louis: Il n'y a pas de mal.

L'autorité sanitaire est celle des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Tous les fonds fédéraux transitent par elle vers les nations. Actuellement, ce n'est pas Santé Canada qui gère les fonds destinés à la santé en Colombie-Britannique, mais l'Autorité sanitaire des Premières Nations, au nom du Canada.

M. Arnold Viersen: D'accord. Ce n'est donc pas uniquement votre bande. C'est pour toutes les Premières Nations de Colombie-Britannique.

M. Allan Louis: C'est exact.

M. Arnold Viersen: Est-ce que c'est propre à la Colombie-Britannique?

M. Allan Louis: Oui, c'est la seule province du Canada où on procède de la sorte.

M. Arnold Viersen: Est-ce que ça donne d'assez bons résultats?

M. Allan Louis: C'est ce que nous croyons. Nous éprouvons cependant des difficultés de croissance, dans seulement notre cinquième année d'existence.

M. Arnold Viersen: D'accord.

Messieurs de l'Alberta, avez-vous quelque chose qui ressemble à votre propre autorité sanitaire?

M. Dustin Wolfe (director, Santé, Aakom Kiyii Health Services): Non.

M. Arnold Viersen: Cherchez-vous à en créer une ou faites-vous, pour ainsi dire, bande à part?

M. Dustin Wolfe: Nous faisons bande à part. Sans vouloir parler à la place de mes conseillers, je dois dire qu'il a été question d'une initiative pour former une confédération.

M. Arnold Viersen: D'accord.

M. Keith Grier: Actuellement, nous sommes en transition entre la gestion selon le traité no 7 et la constitution d'une confédération des Pieds-Noirs. Nous avons encore besoin d'en discuter un peu plus.

M. Arnold Viersen: Est-ce que cette confédération serait à cheval sur la frontière?

M. Keith Grier: Oui. Elle rassemble quatre bandes, dont j'ai parlé, mais celles du côté canadien sont principalement les Piikanis, les Kainais, et les Siksikas.

M. Arnold Viersen: Un témoin que nous avons invité a parlé de quatre nations coincées entre l'arbre et l'écorce des questions de compétence provinciale et fédérale en matière de soins de santé. Nous voyons que, en Colombie-Britannique, les Premières Nations possèdent leur propre autorité sanitaire. Comment avez-vous cherché à résoudre ce problème jusqu'ici?

● (1705)

M. Keith Grier: Nous avons conclu un accord opérationnel ou un accord de contribution avec l'État fédéral. Nous devons nous conformer aux règles prévues. Le directeur de la Santé l'administre en son nom.

Avec les services de santé de l'Alberta, c'en est seulement au stade des discussions. Les problèmes de compétence subsistent quand leurs représentants viennent dans la réserve. Par exemple, dans leur étude sur le nombre de personnes qu'ils financeraient à la faveur d'un accord général, ils ont laissé entendre, dans la conversation, qu'ils ne financeraient que 10 lits, d'après les données contextuelles. La seule qui leur manquait était le nombre de membres de notre nation dans la réserve.

Voilà pourquoi nous avons exercé des pressions pour obtenir des fonds pour la réalisation de l'étude de faisabilité qui ciblait les membres de notre nation vivant dans la réserve. Je pense que l'annexe 9 de notre étude de faisabilité expose le nombre de personnes ayant besoin de ces services et, aussi, leurs problèmes de multimorbidité.

M. Arnold Viersen: Des témoins antérieurs nous ont notamment révélé l'existence de sensibilités culturelles, particulièrement en matière d'alimentation. Vous a-t-on relancés pour savoir comment ça se passait ou comment on s'en occupait dans votre communauté?

M. Keith Grier: Dustin, allez-y.

M. Dustin Wolfe: À l'époque, nous avions notre régime alimentaire traditionnel, et comme on nous en a privés, c'est ce qui explique que nous avons tant de problèmes de santé maintenant. C'est parce que nous n'avons plus notre régime alimentaire traditionnel. Nous avons des conversations avec les gens qui vont s'occuper des soins continus à nos aînés, car nous voulons que tous soient au courant que nous voulons offrir un régime alimentaire traditionnel à nos gens pour que leur santé s'améliore. On ne vise pas seulement les aînés, mais également les jeunes, car on veut qu'ils connaissent notre régime traditionnel, puis on y ajoutera l'exercice.

C'est un processus d'apprentissage, alors il s'agit simplement de nous assurer que les gens que nous allons embaucher au centre de soins pour nos aînés soient au courant des traditions de notre peuple.

M. Keith Grier: J'aimerais ajouter quelque chose. La situation socioéconomique de nos aînés à l'heure actuelle fait en sorte que, bien souvent, ils n'ont pas beaucoup d'argent. Ils finissent donc par acheter beaucoup de produits qui contiennent du sucre raffiné, de la farine raffinée et d'autres produits raffinés. Comme vous le savez, ces produits ne font pas partie de notre alimentation. Nous avions l'habitude de consommer du gibier, et non pas des viandes transformées et d'autres produits du genre.

Lors de nos cérémonies, les chasseurs offrent beaucoup de gibier à nos aînés. Nous devons absolument revenir à une alimentation qui soit en harmonie avec l'approche holistique des Premières Nations, et non pas continuer à manger les produits que nous mangeons aujourd'hui. Les sommes consacrées à l'embauche d'une diététicienne dans l'accord de contributions sont assez minimes, comme vous le savez.

M. Arnold Viersen: J'ai une dernière question.

La présidente: Soyez bref.

M. Arnold Viersen: Avez-vous un plan?

Un des problèmes qui revient constamment est la pénurie de personnel dans les établissements de soins de longue durée. Je suis certain que vous vous efforcez de renforcer les capacités au sein de votre communauté, mais avez-vous un plan? Vous n'avez probablement le temps de répondre que par oui ou non.

M. Dustin Wolfe: Oui, nous avons un plan, mais n'oubliez pas que nous avons 45 000 membres. Oui, nous en avons un.

La présidente: Nous passons maintenant à Mme Rachel Blaney.

Mme Rachel Blaney (North Island—Powell River, NPD): Bonjour, et merci à vous tous d'être avec nous aujourd'hui.

Pendant notre étude, nous avons souvent entendu dire que si les communautés autochtones tirent autant de l'arrière par rapport au reste de la population, c'est en raison de l'absence de financement à long terme. Les champs de compétence sont un énorme obstacle, parce que les gouvernements se renvoient la balle. J'ai entendu parler de quelques problèmes aujourd'hui, par exemple, si une personne habite dans une réserve, mais n'a pas sa carte de statut, elle n'a pas accès aux services, et vous devez tenter de trouver une façon de servir la communauté le mieux possible.

J'aimerais bien commencer par Mme Traverse. J'aimerais que vous nous expliquiez ce que cela signifie de tirer de l'arrière. Vous avez parlé un peu plus tôt des soins palliatifs et des efforts que vous déployez pour faire de votre mieux, même si vous ne disposez pas des ressources nécessaires. Si vous pouviez nous parler des problèmes de cette nature, ce serait bien.

● (1710)

Mme Gwen Traverse: Lors des inondations de 2011, Pinaymootang m'est clairement apparu comme un carrefour de soins, car on y offre des soins de santé primaires et des soins de longue durée. Les gens réintègrent lentement leurs maisons, mais une fois de retour dans leurs communautés, les niveaux de soins varient.

La communauté de Pinaymootang n'a pas été touchée autant que les communautés avoisinantes à 10 ou 15 minutes de là. Au cours des sept dernières années, nous avons pu constater que les soins de santé ne se sont pas améliorés et se sont même détériorés considérablement. Les médecins partent après deux ou trois ans, alors il n'y a pas de soins continus, en particulier pour nos clients qui souffrent de diabète.

Nous avons fait tout ce que nous pouvions pour offrir des services dans la communauté. J'ai mentionné que nous avons conclu une entente de partenariat avec une entreprise de soins de santé privée. Si nous ne le faisons pas, qui le fera?

Nous avons donc conclu une entente de partenariat avec une entreprise de soins de santé privée à Winnipeg qui fait le trajet de deux heures et demie ou trois heures jusqu'à notre communauté pour lui fournir des services. Nous avons aussi conclu une entente de partenariat avec l'office régional de la santé, mais leurs services sont très limités. Leurs médecins à contrat ne se soucient même pas d'offrir des soins continus; ils voient parfois 10 patients, tandis qu'un autre en verra 50 et plus. Cela accroît énormément la pression sur notre personnel.

La situation provoquera donc une hausse importante des besoins en santé mentale, ainsi que des besoins en soins et en services de santé pour les gens qui n'en reçoivent pas à l'heure actuelle. Ils partent de zéro. L'endroit le plus proche pour eux est notre centre, et nous ne pouvons nous empêcher de penser que nous avons une obligation à l'égard des membres de nos Premières Nations. Si le gouvernement ne veut pas s'en occuper, qui le fera? La responsabilité incombe alors à la Première Nation.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Je vais passer aux représentants de Piikani. Au sujet du problème de compétences et de vos façons d'interagir, on constate qu'il y a une différence marquée entre les provinces. Si nous voulons aborder la question du point de vue national, comment pouvons-nous procéder pour tenir compte des différences? J'aimerais que vous nous donniez votre point de vue sur le sujet.

M. Keith Grier: C'est en fait une ligne tracée dans le sable. Le gouvernement de l'Alberta se trouve de ce côté, et nous recevons des fonds fédéraux. Le gouvernement dit pouvoir nous fournir des services en nature, mais nous sommes à court d'argent. Notre population est en forte croissance, comme celle des autres Premières Nations. Nous avons les mêmes problèmes que tout le monde.

Pour ce qui est de l'entente de financement, environ 70 % servent à payer les salaires des employés qui travaillent pour les services de santé Aakom Kiyii, puis le reste va aux programmes, et c'est là où le manque de financement se fait sentir, car il y a une forte demande pour les services.

Nous avons tenté de discuter du problème avec Santé Alberta. À l'heure actuelle, les choses ne sont pas faciles, et c'est le moins qu'on puisse dire, mais oui, il y a une différence très nette en Alberta. Une ligne a très clairement été tracée.

Mme Rachel Blaney: J'aimerais poser la même question à la bande indienne Okanagan. Dites-nous où le bât blesse et quels sont les problèmes qui vous empêchent d'obtenir les services dont vous avez besoin pour votre communauté. Quels sont les problèmes liés aux compétences?

● (1715)

M. Allan Louis: Comme je l'ai mentionné, nous relevons de l'Autorité sanitaire des Premières Nations ici en Colombie-Britannique. Chaque région — il y en a cinq — traite avec une autorité sanitaire différente. Dans notre région, il s'agit de l'Autorité sanitaire de l'Intérieur. Nous avons fait des progrès dans l'échange d'information. Si un patient va à l'hôpital, notre personnel en est informé, mais parfois, cela prend un peu trop de temps. On l'apprend parfois quelques jours plus tard. L'Autorité sanitaire de l'Intérieur dans notre région s'occupe des membres des Premières Nations qui habitent hors réserve et s'occupe également de nous si nous devons aller à l'hôpital ou si nous avons besoin de soins de longue durée ou de soins palliatifs. Nous avons de graves problèmes comme tout le monde.

À l'heure actuelle, dans le cadre de l'entente [*Difficultés techniques*] avec l'Autorité sanitaire des Premières Nations que nous [*Difficultés techniques*] deux fois par année et discutons de ces problèmes qui sont assez évidents et essayons de lever les obstacles. C'est une de nos réussites, je crois. Les changements ne se produisent pas assez vite. Nous nous inquiétons des gens sur le terrain qui ont besoin...

Mme Rachel Blaney: Désolée de vous interrompre, mais il ne me reste qu'une seconde.

Vous relevez de l'autorité sanitaire depuis cinq ans. Est-ce que les problèmes liés aux compétences ont diminué pour votre communauté?

M. Allan Louis: Oui, du côté des relations, il y a eu une petite amélioration, mais c'est un pas dans la bonne direction.

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant à M. Will Amos.

M. William Amos (Pontiac, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci, en particulier, à nos témoins aujourd'hui qui ont soulevé des points importants. Nombre d'entre nous sont sur une pente d'apprentissage accélérée, car ce sont des expériences que nous n'avons pas vécues. La santé relève en grande partie traditionnellement des provinces, bien sûr, si bien que c'est un domaine dans lequel je ne suis pas très à l'aise. Je ne me considère en aucune façon comme un expert. Je suis un profane.

J'aimerais en savoir plus sur les programmes fédéraux auxquels vos communautés participent directement. Quels sont les aspects des services fournis qui fonctionnent bien et que vous aimeriez voir étendus? Quels sont les aspects qui profiteraient d'une amélioration dans la structure de la fonction publique fédérale ou dans des façons de faire? Je veux vous donner l'occasion de vous prononcer sur la question, car nous allons également la poser aux fonctionnaires. Je suis certain qu'ils vont dire qu'ils aimeraient avoir plus d'argent à distribuer, y compris dans l'immobilisation. C'est une belle occasion d'en apprendre également sur le sujet.

J'aimerais que chaque groupe de témoins ait la chance de répondre.

Madame Traverse, je crois que nous allons commencer par vous.

Mme Gwen Traverse: Au niveau fédéral, ce qui fonctionne très bien, c'est le financement accordé en vertu du principe de Jordan pour les enfants ayant des déficiences. Nous pouvons ainsi garder nos enfants à la maison au lieu de devoir aller à l'extérieur des réserves pour obtenir des services. C'est l'une des meilleures solutions que les gouvernements aient trouvées.

Ce qui ne fonctionne pas pour nous, c'est d'être financé comme un centre de santé, alors que nous fournissons des soins de santé primaires. Les centres de santé s'occupent de prévention, d'éducation et de sensibilisation, mais nous en faisons beaucoup plus. Nous fournissons des services qui ressemblent davantage à ceux offerts dans un poste de soins infirmiers. Nous faisons de notre mieux pour améliorer les systèmes en place et veiller à ce que les services soient offerts dans nos communautés.

Il faut que nous soyons considérés comme un poste de soins infirmiers plutôt qu'un centre de santé. Comme je l'ai mentionné, nous offrons des services à plus de 800 clients dans nos communautés et les communautés environnantes. Les membres des communautés non autochtones viennent dans notre communauté pour voir notre médecin, car l'autorité régionale de la santé est aux prises avec de nombreux problèmes, les ambulances, les fermetures de salle d'urgence, de services médicaux. Notre communauté a dû prendre les mesures nécessaires pour offrir les services dans la communauté.

Accordez-nous le financement versé à un poste de soins infirmiers qui offre des soins de santé primaires. Nous aimerions également qu'un centre de soins de longue durée soit créé dans notre région pour servir les communautés environnantes, un centre adapté pour les Autochtones qui pourrait offrir une plus grande variété de soins. En ce moment, nous avons cinq membres de la communauté aux soins actifs qui attendent depuis deux ans déjà une place dans un foyer de soins personnels. Il faut se battre pour obtenir une place.

Encore une fois, pour revenir aux inondations, elles ont eu des répercussions énormes dans nos communautés qui continuent de se faire sentir encore aujourd'hui. C'est pour cela que j'ai fait ces commentaires. Les besoins et la demande pour des services ne cesseront de croître, en particulier du côté de la santé mentale.

● (1720)

M. William Amos: Très bien. Merci, madame Traverse.

Madame la présidente, combien reste-t-il du temps aux trois témoins qui restent pour ajouter leur grain de sel?

La présidente: Il vous reste deux minutes.

M. William Amos: Je vous demanderais d'être bref, s'il vous plaît, car il serait utile d'avoir votre point de vue sur les améliorations à apporter.

La présidente: Par qui voulez-vous commencer?

Les représentants de l'Alberta semblent très désireux de prendre la parole. Allez-y.

M. Keith Grier: Vous avez demandé ce qui fonctionne bien.

Notre programme de soins à domicile semble bien fonctionner, mais nous n'arrivons pas à attirer de bonnes infirmières et de bons professionnels de la santé qualifiés. Ils veulent aller travailler ailleurs. Nous avons besoin d'argent et de moyens pour pouvoir les attirer. C'est la façon de faire de nos jours à ce qu'il semble, car si on regarde les avantages, attrayants pour tout le monde, qu'on leur offre dans les localités avoisinantes, on comprend qu'ils ne veuillent pas venir travailler dans une réserve où on leur offre des avantages minimes et un logement rudimentaire. Il faut en outre qu'ils se déplacent. Ce sont des éléments auxquels il faut penser.

Il y a aussi certainement des lacunes du côté du transport médical, et elles semblent importantes. Quand on pense au programme visant l'essence et aux services non assurés, il semble qu'il y ait un problème de logistique.

Il ne faut pas oublier la responsabilité qui incombe au gouvernement fédéral dans les traités. Il doit assumer son obligation de fiduciaire de financer adéquatement les nations. Ce n'est pas ce que nous constatons.

Je vais vous donner un exemple. L'an dernier, l'Alberta a consacré, je pense, 21 milliards de dollars aux soins de santé dans son budget. Cela représente plus de la moitié du budget de la province. Si on fait le calcul, cela représente environ 5 200 $ par habitant. Au fédéral, le montant des transferts équivaut probablement, comme nous le savons tous, a environ 1 075 $ par habitant, et dans les réserves, nous recevons la moitié de ce montant.

Ce sont là les lacunes que je constate.

La présidente: Vous n'avez pas laissé de temps à la Colombie-Britannique, mais je vais laisser cela aux deux provinces. La Colombie-Britannique n'a pas eu le temps de s'exprimer.

C'est maintenant au tour de M. Arnold Viersen, député de l'Alberta.

Nous savons que vous allez accorder à chacun un temps de parole équitable.

M. Arnold Viersen: Merci, madame la présidente, et vous savez, nous comblerons de grâces la Colombie-Britannique lorsque nous pourrons construire notre pipeline.

J'adorerais entendre ce que la Colombie-Britannique a à dire sur la question, c'est certain.

Qu'est-ce qui semble fonctionner et où pouvons-nous apporter des améliorations?

M. Allan Louis: L'Autorité sanitaire des Premières Nations fonctionne bien pour nous. Nous pouvons collaborer avec elle pour créer des partenariats avec les autorités régionales de la santé, comme l'Autorité sanitaire de l'Intérieur dans notre région. Nous travaillons sur des projets communs. Le racisme est un grave problème dans la plupart des régions. Nous avons des programmes culturels qui examinent [*Difficultés techniques*] qui sont offerts dans les hôpitaux. Cela ne serait pas possible si nous n'avions pas une bonne relation, et c'est l'Autorité sanitaire des Premières Nations qui en est à la base.

Nous examinons également des programmes novateurs pour changer notre façon de financer les communautés. Je parle en tant que représentant du Conseil de la santé des Premières Nations. Je siège également au conseil de la santé de la Colombie-Britannique, alors je sais ce qui se passe au sein de l'autorité sanitaire.

Ce qui ne fonctionne pas, ce sont des choses qui sont hors de notre contrôle, comme le logement, qui ne relève pas des services de développement social, et le financement de l'éducation, sur lequel nous n'avons pas de contrôle, mais qui exerce une influence considérable sur la vie des gens et leur capacité à bien gagner leur vie. C'est donc difficile pour nous d'améliorer la santé de nos membres.

Nous savons tous que plus... On n'a pas besoin d'être riche, mais s'approcher de la classe moyenne au moins, pour bien manger et avoir le sentiment... Je ne veux pas [*Difficultés techniques*], car ce n'est pas seulement une question d'argent. Cela nous offre toutefois la possibilité de faire des choix, notamment en alimentation, de participer à des activités culturelles et d'élever nos enfants en les envoyant dans de bonnes écoles. C'est un élément très important pour nous.

Ce qui ne fonctionne pas également, c'est... [*Difficultés techniques*]. On s'occupe du développement social au jour le jour. Nous avons une maigre équipe, une population qui s'accroît de jour en jour, et cela demande tout notre temps et nuit à notre communauté. Nous n'avons pas le temps d'embaucher des gens ou n'avons pas de fonds pour embaucher des gens pour s'occuper de la planification qu'il faudrait faire pour progresser au cours des 5 ou 10 prochaines années.

● (1725)

M. Arnold Viersen: Merci.

Je vais revenir un instant à la Colombie-Britannique.

Vous avez abordé le sujet, à savoir qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Que fait l'autorité sanitaire pour vous aider en ce sens?

M. Allan Louis: La meilleure façon de vous l'expliquer est sans doute la suivante. Lors d'une rencontre en Colombie-Britannique, un des aînés nous a dit: « Nous avons une rivière de gens malades qui coulent constamment près de nous ». Nous devons investir dans la prévention pour éviter que les gens tombent dans cette rivière. Nous devons investir dans la sécurité alimentaire, dans les saines habitudes alimentaires, pour éviter le diabète. Nous devons examiner les raisons qui font que les cas de cancer sont en hausse, et pourquoi nos enfants vont à l'école le ventre vide. Tout passe par l'amélioration de la santé des gens.

Nous cherchons aussi à établir des partenariats en éducation, car nous savons que les gens instruits vivent plus en santé et plus longtemps. Nous avons appris, par exemple, que les gens qui parlent deux ou trois langues ont souvent un esprit plus vif, et sont souvent plus en santé, alors nous encourageons les membres des Premières Nations en Colombie-Britannique à se réapproprier leur langue.

C'est un des domaines où nous avons mis les bouchées doubles dans notre communauté immédiate. Nous avons l'appui du district scolaire 22 qui a fait de la langue nsyilxcen la langue seconde dans notre communauté, et nous avons réussi à la faire reconnaître dans les universités en Colombie-Britannique. La langue première ou seconde de la Première Nation, la langue de la communauté, peut remplacer le français ou...

M. Arnold Viersen: Excellent.

Merci.

La présidente: Il ne nous reste plus de temps. La cloche sonnera d'une minute à l'autre pour aller voter au Parlement.

Avant de lever la séance, je tiens à vous remercier tous d'avoir participé aux audiences aujourd'hui. Vos témoignages seront consignés dans le compte rendu officiel et vos idées feront partie du rapport, d'où leur pertinence. Nous aurons la chance de les remettre à tous les parlementaires. Vos recommandations seront présentées aux ministres, à tous les parlementaires, et tous les Canadiens pourront en prendre connaissance.

Meegwetch. Merci d'être venus et d'avoir participé à la vidéoconférence. Nous vous en savons gré.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes
à l'adresse suivante : http://www.noscommunes.ca

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the
following address: http://www.ourcommons.ca